

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Г.Н. Бельская, Л.В. Лукьянчикова

Изучены эмоционально-личностные особенности у пациентов в остром периоде обусловленного гипертонической болезнью ишемического инсульта (ИИ) и самооценочные данные этих пациентов о показателях качества жизни. У пациентов в остром периоде ишемического инсульта достоверно снижены показатели основных видов повседневной деятельности по шкале Бартел, а также показатели физического и психического компонентов здоровья по опроснику SF-36.

Ключевые слова: ишемический инсульт, артериальная гипертония, качество жизни.

Клинические и социально-медицинские исследования качества жизни (КЖ) стали одним из приоритетных направлений современной медицины [5, 9, 12]. Критерии КЖ признаны неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики в медицинской практике [1, 8, 10].

Мозговой инсульт является одним из самых распространенных неврологических заболеваний, приобретающий все большую медико-социальную и экономическую значимость [4, 6]. В большинстве случаев у перенесших инсульт больных в определенной степени восстанавливаются нарушенные функции. Так, в нашей стране инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место в структуре инвалидности (до 3,2 случая на 10 тыс. населения в год). При этом к трудовой деятельности возвращается около 20 % пациентов, перенесших инсульт. Как следствие, сегодня в России насчитывается около 1 млн. человек, чья инвалидность является следствием перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [3, 7].

В связи с успехами в лечении инсульта, показатели выживаемости постепенно утрачивают свое главенствующее значение среди критериев оценки успешности восстановительной терапии. Следует отметить, что улучшение показателей выживаемости, наблюдающееся на фоне успешного применения

современных терапевтических средств, далеко не в каждом случае перенесенного мозгового инсульта приводит к улучшению качества жизни пациента. При этом иногда, наоборот, происходит ухудшение показателей КЖ [2, 11, 13]. Результаты клинико-эпидемиологических исследований показывают, что около 55 % перенесших мозговой инсульт больных не удовлетворены качеством своей жизни [1, 12]. В связи с этим особую клиническую значимость приобретает задача разработки мероприятий, прицельно направленных на улучшение качества жизни больных.

Цель исследования. Изучить характеристики качества жизни и психологического статуса пациентов с различной степенью тяжести состояния в остром периоде ишемического инсульта, обусловленного гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Для оценки качества жизни было обследовано 216 человек (114 мужчин и 102 женщины), получавших стационарное лечение в неврологическом отделении для больных с нарушениями мозгового кровообращения (НМК) государственного бюджетного учреждения «Областная клиническая больница № 3» (ГБУЗ ОКБ№3) г. Челябинска в остром периоде (10–17 день начала заболевания ишемическим инсультом, ИИ). Основной причиной развития инсульта у обследованных пациентов было осложнение гипертонической болезни. Указанные сроки

клинико-психологического исследования были определены на основании оценки общего состояния больных: стабилизация течения заболевания, уменьшение или регрессирование признаков отека головного мозга, улучшение общего самочувствия, способность адекватно реагировать на стимульные материалы тестовых заданий. Средний возраст пациентов составил $56,9 \pm 7,7$ лет. Диагноз ишемического инсульта ставился на основании данных анамнеза, неврологического осмотра больного с учетом дополнительных методов исследования: ликворограммы, эхоэнцефалограммы (ЭхоЭГ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной терапии головного мозга (МРТ), церебральной ангиографии (ЦАГ, по показаниям).

Все обследованные пациенты получали лекарственную базисную терапию – предусмотренное стандартами оказания медицинской помощи максимально унифицированное лечение, направленное на нормализацию системной гемодинамики и гомеостаза. Использовались нейропротективные, вазоактивные препараты (пираретам, винпоцетин), проводилась кинезотерапия (дозированная ходьба, лечебная физкультура в группе и индивидуально с инструктором, массаж, механотерапия), эрготерапия, аппаратные физиотерапевтические процедуры (наведенная лазеротерапия, магнитотерапия, электростимуляция), медикологические процедуры [1].

Критериями исключения из выборки исследования были: геморрагический и повторный характер инсульта; наличие транзиторной ишемической атаки, доинсультной деменции, соматической патологии в стадии декомпенсации. Из исследования исключались также пациенты с выраженными афатическими нарушениями, препятствующими продуктивному речевому контакту и сбору необходимой в исследовании информации.

Группу контроля составили 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), находящихся на лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ ОКБ № 3 г. Челябинска с диагнозом гипертонической болезни без проявлений мозговых сосудистых нарушений. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Использовались методики:

– Общий опросник качества жизни SF-36 Health Status Survey;

– Шкала Бартел (шкала способности к самообслуживанию) –

как наиболее часто используемые построенные по типу опросников клинические оценочные шкалы, позволяющие оценить функциональные последствия инсульта [5, 10, 12, 13]. Эти шкалы характеризуются хорошей специфичностью и чувствительностью, достаточно просты в исполнении, не занимают много времени и могут применяться у пациентов с различной степенью тяжести состояния.

Результаты исследования. В клинической картине больных ИИ были выявлены синдромы когнитивных расстройств (у 84 % пациентов основной выборки), глазодвигательные нарушения (у 16 %), проявления бульбарного синдрома (у 14,6 %), поражение черепно-мозговых нервов (у 3,7 %), афатические нарушения (у 29 %), пирамидная симптоматика (у 64 %), синдром чувствительных расстройств (у 74 %), вестибулярных и мозжечковых расстройств (34 % и 22,6 % соответственно).

При подсчете промежуточных результатов исследования были получены достоверно ($p < 0,05$) более низкие значения по методикам у больных в остром периоде ИИ в отличие от пациентов с гипертонической болезнью. Наибольшие различия отмечались в характеристиках двигательной активности, что позволило сделать обоснованный выбор – оценивать показатели качества жизни в зависимости от степени ограничения двигательной активности больного.

По степени тяжести пареза вся группа пациентов была разделена на три подгруппы. В первую группу были включены пациенты с ишемическим инсультом легкой степени тяжести, при которой неврологическая симптоматика выражена незначительно (вариант малого инсульта), с небольшим снижением силы (до 4–5 баллов), без ограничения объема активных движений при углометрии. Вторую группу составили пациенты с ишемическим инсультом средней степени тяжести, у которых на фоне отсутствия расстройств сознания наблюдалось преобладание очаговой симптоматики над общемозговой, показатели силы в парализованных конечностях составляли не более 2–3 баллов. В третью группу вошли пациенты с тяжелым ишемическим инсультом, у которых заболевание протекало с общемозговыми нарушениями, грубым очаговым неврологическим дефицитом, с существенным снижением силы в конечностях до 0–1 балла, в дебюте заболевания часто были нарушения сознания. Распределение больных по под-

Краткие сообщения

группам по степени тяжести нарушения и по возрастным характеристикам представлены в таблице.

Исследование показателей качества жизни проводится на основании изучения различных аспектов жизнедеятельности человека: физического благополучия, психического состояния, познавательных функций, межличностных контактов, социальных связей, ролевого функционирования на работе и дома, а также общего субъективного восприятия состояния своего здоровья [5, 10, 14]. Нозоспецифические особенности заболевания предопределили выбор для исследования основных характеристик качества жизни таких пациентов: способность к самообслуживанию и степени зависимости от посторонних лиц (на основании значений индекса Бартел). Такие статистические характеристики у пациентов обследованных групп представлены на рис. 1.

Получены относительно высокие показатели по шкале Бартел у пациентов первой и

второй группы – 90 (85...90) и 85 (80...90) соответственно ($p > 0,05$). Такие значения объясняются спецификой самой методики, оценивающей простейшие приемы самообслуживания: прием пищи, перемещение, умывание, одевание, контроль мочеиспускания и дефекации, которые у больных с нетяжелой степенью выраженности неврологических расстройств остаются сохранными в большей мере (рис. 1). У больных третьей группы показатели физической активности были низкими (суммарный показатель по шкале до 47,5 (37,5...60) по сравнению с пациентами первых двух исследуемых групп и больных контрольной группы ($p < 0,05$).

Для более детального анализа показателей физической активности, а также выявления эмоционально-личностных изменений у лиц, перенесших мозговой инсульт, применялся опросник SF-36. Результаты, полученные при анкетировании больных в остром периоде ишемического инсульта, значительно отлича-

Распределение больных в остром периоде инсульта по возрастным категориям в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Возраст (лет)	Степень тяжести состояния			Доля пациентов от общего числа выборки (%)
	легкая (1 группа) n=90	средняя (2 группа) n=86	тяжелая (3 группа) n=40	
40-49	24	13	8	20,8
50-59	32	45	17	43,5
60-69	29	19	13	28,2
старше 70	5	9	2	7,5

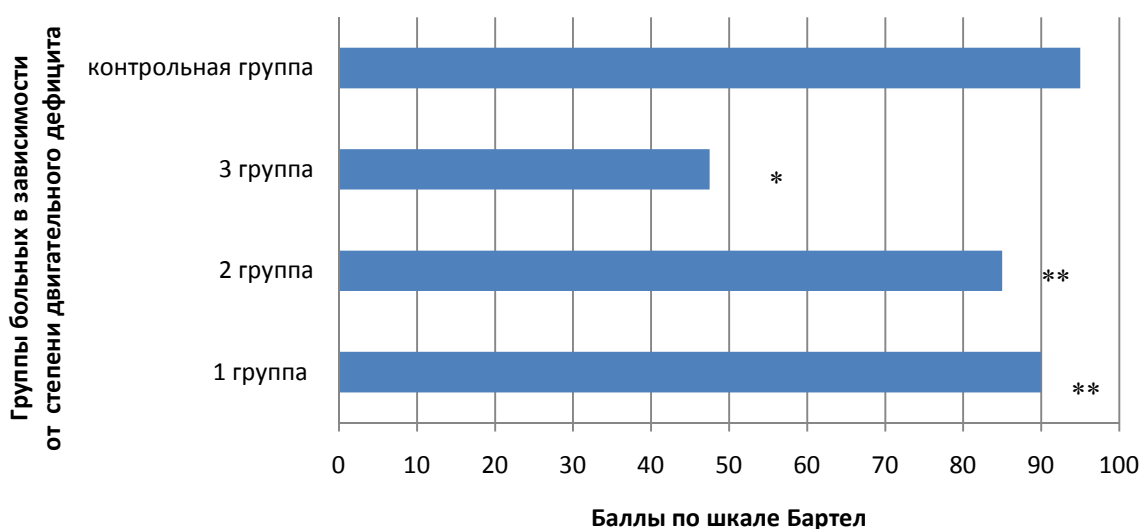


Рис. 1. Показатели двигательных функций в остром периоде ишемического инсульта в подгруппах, сформированных по степени тяжести состояния: *, ** – наличие достоверного отличия показателей в подгруппах больных ишемическим инсультом и в группе контроля на этапе стационарного лечения ($p < 0,05$) и межгрупповых показателей у пациентов с ишемическим инсультом соответственно

лись от аналогичных данных контрольной группы: у пациентов с ишемическим инсультом показатели достоверно ($p < 0,05$) снижены прямо пропорционально тяжести поражения, а также по сравнению с данными в группе контроля, прежде всего по шкалам «физическое функционирование» – 57,5 (45...65), 52,5 (40...60), 10 (0...17,5) и 70 (65...80) соответственно; «ролевое физическое функционирование» – 25 (0...50), 25 (0...5), 0(0...0) и 75(50...100), соответственно. Таким образом, степень ограничения повседневной и профессиональной деятельности при ишемическом инсульте у больных с выраженным двигательным дефицитом более выражена (рис. 2).

Кроме того, отмечена аналогичная закономерность – изменение значений показателей шкал по мере увеличения степени тяжести состояния больных, – проявившаяся у больных всех трех подгрупп достоверным ($p < 0,05$) снижением показателей по шкалам: «общее здоровье» – 52 (45...60), 50 (45...57), 41 (32,5...50) соответственно на фоне достоверно более высоких значений у пациентов группы контроля – 67 (62...70); «социальное функционирование» – 62,5 (50...75); 62,5 (50...75); 50 (37,5...62,5) и – 75 балла (62,5...70) в группе контроля. При межгрупповом анализе у больных в остром периоде ишемического инсульта особенно низкие показатели были у пациентов третьей группы ($p < 0,05$), считающих себя ограниченными даже в общении с родственниками, друзьями, знакомыми.

У больных всех трех обследованных групп выявлены более низкие ($p < 0,05$), чем у пациентов с гипертонией, показатели по шкалам «жизнеспособность», «ролевое эмоциональное...», «психическое здоровье». Можно предположить, что такой факт указывает на наличие у больных ишемическим инсультом в остром периоде эмоциональных проблем, ограничивающих их трудовую деятельность: у них отсутствуют положительные эмоции, понижен фон настроения, присутствуют жалобы на снижение сил и энергии. При этом анализ выраженности эмоционально-личностных особенностей у больных ишемическим инсультом не выявил каких-либо достоверных межгрупповых различий ($p > 0,05$).

Вместе с тем, не найдено каких-либо тенденций в различии показателей по шкале боли: у больных всех трех клинических групп не было выраженных отличий в интенсивности боли и ее влияния на повседневную деятельность.

При подсчете суммарных показателей зафиксировано достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей по шкале «физический компонент здоровья» (ФКЗ) как по мере увеличения степени тяжести заболевания ишемическим инсультом: от 45,1 (41,7...47,9) у пациентов первой группы до 44,4 (40,6...48,1) во второй и 37,1 (34,8...39,1) – в третьей группе, так и по сравнению с кардиологическими пациентами – 48,4 (43,6...47,0). При сравнении данных пациентов в каждой из трех обследованных групп у пациентов с инсультом показате-

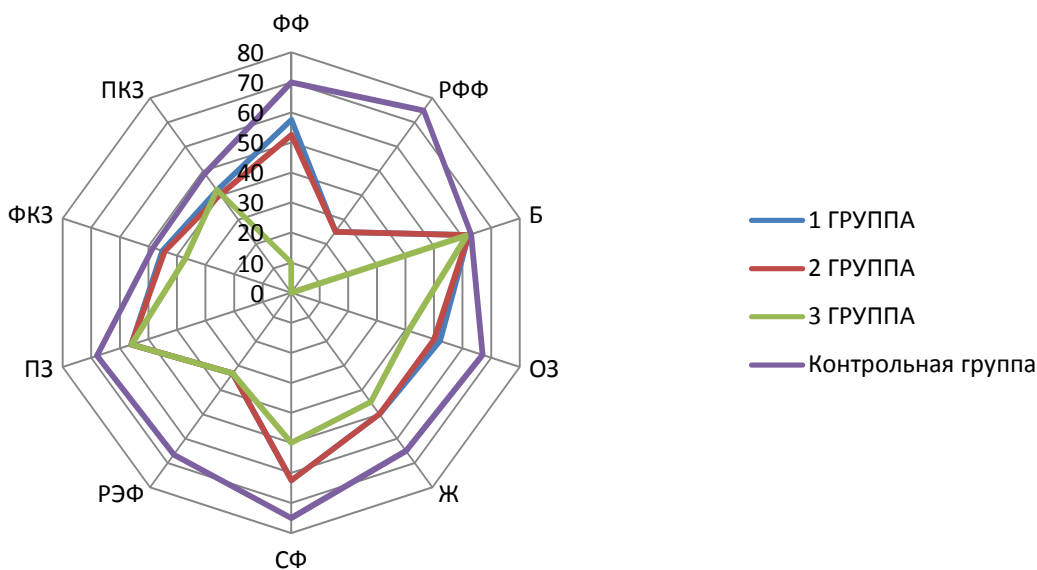


Рис. 2. Значения шкал опросника SF-36, характеризующих качество жизни больных в остром периоде ишемического инсульта и пациентов контрольной группы

ли по шкале ФКЗ были достоверно ($p < 0,05$) снижены у лиц с тяжелым двигательным дефицитом. Показатель психического компонента здоровья, по сравнению с результатами в группе контроля – 49,0 (45,9...52,6), был достоверно ($p < 0,05$) ниже во всех группах пациентов с ишемическим инсультом: от 42,1 (35,5...46,6) у пациентов первой группы до 40,3 (34,5...46,7) и 42,2 (36,9...47,1) у пациентов второй и третьей группы соответственно. При межгрупповом анализе у постинсультных больных не было найдено достоверных различий по показателям шкалы ПКЗ. Из этого следует, что, независимо от степени двигательного дефицита, заболевание ишемическим инсультом оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу, являясь фактором риска развития постинсультной депрессии.

Обсуждение результатов исследования.

Результаты анализа полученных в исследовании данных показывают, что у пациентов в остром периоде ишемического инсульта достоверно снижены показатели основных видов ежедневной деятельности по шкале Бартел, что вполне может объясняться наличием и особенностями очаговой неврологической симптоматики. При обследовании по опроснику SF-36 выявлено достоверное снижение показателей физического и психического компонентов здоровья. Прослеживается зависимость степени утраты физической активности пациента от показателей его двигательной и социальной активности (в баллах по шкале Бартел) и данных по опроснику SF-36. Вместе с тем не было выявлено зависимости уровня психического компонента здоровья от степени утраты двигательной активности больных.

Таким образом, анализ качества жизни у больных в остром периоде ишемического инсульта дает возможность обеспечить преемственность ведения пациента при переводе его на следующий этап реабилитации, эффективность дальнейшего амбулаторного наблюдения больного специалистами различного профиля (семейными врачами, неврологами, реабилитологами), возможность внедрения новых лечебных программ и оценки их результативности самим больным.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования не только качества оказываемой лечебной помощи, но и необходимости разработки программ реабилитации в сфере физического функционирования, необходимости психоло-

гической поддержки больных, перенесших инсульт со снижением оценки качества жизни пациента.

Литература

1. Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова // *Неврологический журнал*. – 2009. – № 3. – С. 33–36.

2. Вознесенская, Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях / Т.Г. Вознесенская // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2009. – № 2. – С. 9–12.

3. Маркин, С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С.П. Маркин // *Consilium Medicum: Неврология*. – 2010. – № 1.

4. Масютина, С.М. Качество жизни и психологический статус больных, перенесших инсульт в молодом возрасте: автореф. дис. ... канд. наук / С.М. Масютина. – Саратов, 2007. – С.2,3.

5. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издат. дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. – С. 18, 182–183.

6. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Т.Е. Виноградова и соавт. // *Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования*. – М., 2000. – С. 50.

7. Стулин, И.Д. Инсульт с точки зрения доказательной медицины / И.Д. Стулин, Р.С. Мусин, Ю.Б. Белоусов // *Качественная клиническая практика*. – 2009. – № 6. – С. 30–33.

8. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика / З.А. Суслина, Ю.А. Варакин, Н.В. Верецагин. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпрессинформ, 2009.

9. Убайдуллаев, А.М. Роль социальных факторов в формировании параметров качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких / А.М. Убайдуллаев, М.С. Салаева // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2003. – № 4. – С. 100–102.

10. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации // под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 434 с.

11. Abubakar, S.A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit / S.A. Abubakar, S.A. Isezuo // *Int J Biomed Sci.* – 2012. – Sep. 8(3). – P. 183–187.

12. Factors Related to Performance-Based Mobility and Self-reported Physical Activity in Individuals 1–3 Years after Stroke: A Cross-sectional Cohort Study / B. Vahlberg, T. Cederholm, B. Lindmark et al. // *Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013 May 27; S1052-3057(13)00149-3.

13. Post-Stroke Apathy: An Exploratory Longitudinal Study / L. Caeiro, J.M. Ferro, E. Pinho et al. // *Cerebrovasc. Dis.* – 2013. – Jun 5; 35(6) – P. 507–513.

14. Vincent-Onabajo, G.O. Sensitivity and responsiveness of the health-related quality of life in stroke patients-40 (HRQOLISP-40) scale / G.O. Vincent-Onabajo, M.O. Owolabi, T.K. Hamzat // *DisabilRehabil.* – 2013. – Aug 20.

Бельская Галина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор. Заведующая кафедрой неврологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, chelpolysan@yandex.ru

Лукьянчикова Лариса Владимировна, врач-невролог ГБУЗ ОКБ №3, соискатель кафедры неврологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, lvl_med@mail.ru

EVALUATION OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

G.N. Belskaya, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, chelpolysan@yandex.ru

L.V. Lukyancyikova, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, lvl_med@mail.ru

The research studied the characteristics of quality of life in patients with acute ischemic stroke caused by hypertension as a major risk factor for the disease. In patients with acute ischemic stroke were significantly reduced rates for key types of daily activities on a scale Barthel, as well as indicators of physical and mental components of health by questionnaire SF-36.

Keywords: ischemic stroke, hypertension, quality of life.